



PHOTO

# BOXE FRANCAISE

## FICHE D'INSCRIPTION

Nom :	Taille :
Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Né le :	Poids :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Mobile :
Email :	
N° de licence :	Compétition : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En vous inscrivant vous autorisez le VAC à utiliser et à publier les éventuelles photographies, vidéos et tout autres support visuel sur son site internet : [www.vac78.fr](http://www.vac78.fr)

### AUTORISATION PARENTALE POUR MOINS DE 18 ANS

Je soussigné (e) Mme, Mr .....

autorise mon Fils, ma Fille .....

à pratiquer la BOXE FRANCAISE

Date :

Signature :

### CERTIFICAT MEDICALE PREALABLE A LA PRATIQUE DE LA BOXE FRANCAISE

TEST DE ROMBERG :

TEST DE RUFFIER :

au repos

pls/min

après effort

pls/min

1 min après effort

pls/min

3 min après effort

pls/min

Je soussigné ..... Docteur en médecine, ayant pris connaissance des recommandations de la Commission Médicale National de la **Fédération de Boxe Française** certifie que :

Mlle, Mme, Mr. ....,

Ne présente à ce jour, aucun signe apparent contre-indiquant la pratique de la Boxe Française.

Est inapte à la pratique de la Boxe Française.

Identification du praticien :

Date / Signature :